École nationale de police Québec

Questionnaire sur votre état de santé

À remplir à tous les jours avant votre arrivée à l'École ou en classe

Nom et prénom:	
Numéro de téléphone où vous joindre:	
Nom du programme ou du cours:	
Semaine débutant le:	

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
QUESTIONS SUR VOTRE SITUATION PERSONNELLE							
1. Avez-vous un ou des symptômes reliés à la COVID-19?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
2. Êtes-vous visé par une consigne d'isolement ou êtes-vous en attente d'un test de dépistage de la COVID-19 ou des résultats?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3. Dans les 7 derniers jours, avez-vous eu un contact à risque élevé avec une personne ayant été déclarée positive à la COVID-19? *Définition d'un contact à risque élevé :* *- Personne qui vit sous le même toit qu'un cas de Covid-19* *- Partenaire sexuel, couple qui ne partage pas le même domicile*	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
4. Êtes-vous adéquatement protégé contre la COVID-19? *Répondre "Oui" si vous avez eu au moins 2 doses de vaccins contre la COVID-19 ou si vous avez eu au moins 1 dose de vaccin et que vous avez déjà contracté la COVID-19*	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Veuillez répondre aux question 5 à 17 uniquement si vous avez répondu "OUI" à la question 1

QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ **Un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation**							
5. Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38,1 °C (100,6°F)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous une toux récente ou une toux chronique aggravée depuis peu?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
7. Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
8. Avez-vous une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte du goût?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

École nationale de police Québec

Questionnaire sur votre état de santé

À remplir à tous les jours avant votre arrivée à l'École ou en classe

9. Avez-vous un mal de gorge?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ **Une réponse « Oui » à au moins deux symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation**							
10. Avez-vous de la fatigue intense inhabituelle sans raison évidente?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
11. Avez-vous des douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
12. Avez-vous un mal de tête inhabituel?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
13. Avez-vous une perte d'appétit importante?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
14. Avez-vous des nausées (maux de cœur) ou des vomissements?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
15. Avez-vous mal au ventre?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
16. Avez-vous de la diarrhée?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
17. Avez-vous le nez qui coule ou une congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non